·政策·证据研究·

# 我国农村订单定向全科医生使用与激励相关政策进展及实践

敖文华[1]，林春梅[2]，张艳春[2]，张丽芳[2]，李思思[3]，秦江梅[2*]

1.832002 新疆维吾尔自治区石河子市，石河子大学医学院
2.100044 北京市，国家卫生健康委卫生发展研究中心
3.100032 北京市，北京微医全科诊所
*通信作者：秦江梅，研究员；E-mail：qinjm@nhei.cn

【摘要】 **背景** 已完成5年本科教育和3年全科住院医师规范化培训（简称规培）的农村订单定向全科医生（简称“5+3”定向全科医生）是农村基层高层次卫生人才的重要来源。我国基层全科医生岗位吸引力仍需提高，有必要针对我国“5+3”定向全科医生使用和激励相关进展进行分析。**目的** 了解“5+3”定向全科医生在基层医疗卫生机构（简称定向单位）使用和激励政策进展与实践。**方法** 梳理2010年至今我国“5+3”定向全科医生使用与激励相关政策、各地典型做法；采用聚敛式混合方法设计，对中西部地区8个省9个县（市）“5+3”定向全科医生、定向单位院长和卫生行政部门管理人员进行问卷调查和半结构式访谈。**结果** 2018年以前我国“5+3”定向全科医生使用与激励政策主要为导向性表述，2018年以后相关政策要求更加具体，主要聚焦在提高薪酬水平、聘用与编制、职业发展和履约管理等。现场调查数据显示：2010—2015年调研县（市）共培养“5+3”定向全科医生209名，履约率为90.0%（188/209），其中2010~2012级履约率为84.0%（63/75），2013~2015级履约率为93.3%（125/134）；工作前履约率为91.4%（191/209），工作后履约率为98.4%（188/191）；服务期满全科医生共有63名，61.9%（39/63）的服务期满后续约。被调查的142名在岗“5+3”定向全科医生规培期间年均税后工资为5.4万元，在定向单位年均税后工资为5.7万元，14.1%的全科医生期满后愿意续约。**结论** “5+3”定向全科医生履约率逐年增高，实际续约率向好但续约意愿较低。存在全科医生培养与基层医疗卫生机构实际需求有差距、定向单位的工作条件与职业发展受限等问题。建议政府及相关部门从基层实际需求出发，统筹安排“5+3”定向全科医生培养，全面落实薪酬、职称晋升等相关激励政策，研究制订服务期满后续约方案。

【关键词】 全科医生；订单定向医学生；工作现状；薪酬制度改革；职业发展；卫生政策
【中图分类号】 R 192.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0509

## Policy and Practice of Use and Incentive of Rural Targeted General Practitioners in China

*AO Wenhua*[1]，*LIN Chunmei*[2]，*ZHANG Yan chun*[2]，*ZHANG Lifang*[2]，*LI Sisi*[3]，*QIN Jiangmei*[2*]
*1.Shihezi University School of Medicine，Shihezi 832002，China*
*2.China National Health Development Research Center，Beijing 100044，China*
*3.Beijing Weiyi General Practice Clinic，Beijing 100032，China*
*[*]Corresponding author：QIN Jiangmei，Researcher；E-mail：qinjm@nhei.cn*

【Abstract】 **Background** Rural targeted general practitioners（referred to as "5+3" targeted general practitioners）who have completed 5-year college education and 3-year residency training are an important source of high-level health talents in rural areas.The post attractiveness of primary care general practitioners in China still needs to be improved，and it is necessary to analyze the relevant progress in the use and incentive of "5+3" targeted general practitioners. **Objective** To understand the policy and practice of use and incentive of "5+3" targeted general practitioners in targeted rural primary medical care institutions( referred

基金项目：大学生乡村医生和农村订单定向免费医学生从业现状调查项目（CNHDRC-KJ-L-2023-66-01827）
引用本文：敖文华，林春梅，张艳春，等.我国农村订单定向全科医生使用与激励相关政策进展及实践［J］.中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0509.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
AO W H，LIN C M，ZHANG Y C，et al. Policy and practice of use and incentive of rural targeted general practitioners in China［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

to as "targeted institutions"). **Methods** We reviewed policies and typical practices in various places on use and incentive of "5+3" targeted general practitioners issued by Chinese government since 2010. A series of questionnaire surveys and semi-structured interviews were conducted among "5+3" targeted general practitioners, presidents of targeted institutions and managers ofhealth administrativedepartments in 9 counties (cities) of 8 provinces in the midwest regions through the convergent-parallel mixed methods research. **Results** From the perspective of policy progress, the ues and incentive policy of "5+3" targeted general practitioners in China before 2018 was mainly guidance document. After 2018, relevant policy requirements were more specific, mainly focusing on improving salary levels, hiring and staffing, career development and performance management. Survey data shows: From 2010 to 2015, 9 counties (cities) trained a total of 209 "5+3" targeted general practitioners, with the compliance rate of 90.0% (188/209), of which the compliance rate for the 2010-2012 level was 84.0% (63/75), and the compliance rate for the 2013-2015 level was 93.3% (125/134); The pre-work compliance rate was 91.4% (191/209), and the post-work compliance rate was 98.4% (188/191); 63 people had completed their service period, and 61.9% (39/63) had renewed their contracts after the service period expired. The annual per capita after-tax wage income of 142 on-the-job "5+3" targeted general practitioners was 54, 000 CNY during the training period, and the annual per capita after-tax wage income after entering the targeted institutions was 57, 000 CNY. 14.1% of them are willing to renew their contracts after the expiration of their service period. **Conclusion** The compliance rate of "5+3" targeted general practitioners continues to increase, and the trend of renewal rate is positive but the willingness to renew is low. There is a gap between the training of "5+3" targeted general practitioners and the actual needs of primary medical care institutions, and the working conditions and career development of "5+3" targeted general practitioners in the targeted institutions are restricted. It is suggested that the government and relevant departments proceed from the actual needs of the grassroots, coordinate and arrange "5+3" targeted general practitioners training, fully implement the incentive policies such as salary and professional title promotion, and formulate the renewal plan after the expiration of service

**【Key words】** General practitioners; Target admission medical graduates; Job status; Salary system reform; Career development; Health policy

2010年我国正式启动农村订单定向医学生免费培养项目，在中央财政支持下中西部地区23个省（直辖市、自治区）51所院校陆续为中西部地区3万个乡镇卫生院培养以全科医疗服务为重点的基层卫生人才[1-2]。2015年我国全面实施住院医师规范化培养制度，2010年及以后招生的农村订单定向医学生履约后被要求按规定参加3年全科住院医师规范化培训（以下简称规培）[3]。2018年起有完成5年本科教育和3年规培的农村订单定向全科医生（以下简称“5+3”定向全科医生）到定向基层医疗卫生机构（以下简称定向单位）工作，目前有6批约3.5万名培养合格的“5+3”定向全科医生进入定向单位履约[4]。按照6年服务期（包括3年规培），2010~2012级的“5+3”定向全科医生在2021—2023年相继服务期满。从发表文献看，研究者对“5+3”定向全科医生在定向单位的使用和激励情况关注较少，激励政策在各地落实不同，薪酬待遇等呈现地域差异化[5-6]。为了解这批堪称“基层黄埔军校”的“5+3”定向全科医生在定向单位的使用与激励落实情况，本文通过定量和定性相结合的混合方法研究，梳理2010—2024年5月国家和地方的相关政策，开展现场调查，了解“5+3”定向全科医生在履约、薪酬待遇、聘用保障和职业发展等方面实践情况、问题及成因，借鉴国际农村偏远地区全科医生使用和激励经验做法，提出我国“5+3”定向全科医生可持续发展的建议。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究设计

梳理总结我国2010年至今“5+3”定向全科医生使用与激励相关政策和实施进展；采用聚敛式混合方法设计[7]开展9个调研县（市）现场调研，通过半结构式焦点小组访谈和问卷调查，收集定性资料和定量数据，聚合比较后，得出5个共同实践进展，设计流程见图1。调查对象均了解本研究，并自愿参与。

### 1.2 政策及文件收集

本文检索国内2010—2024年关于“5+3”定向全科医生基层工作的相关政策文件和国内外关于“5+3”定向全科医生基层工作文献，系统梳理、分析和汇总国家及地方关于“5+3”定向全科医生使用与激励政策进展。

### 1.3 定量数据收集

2023年8—12月，课题组在实施农村订单定向全科医生培养的23个中西部省（自治区、直辖市）进行立意抽样，选取了8个省的9个县（市）开展问卷调查，包括县级调查和个人调查(在岗的“5+3”定向全科医生)。（1）县级调查由当地县（市）级卫生行政部门完成，调查内容包括当地2010~2015级“5+3”定向全科医生培养、履约、违约和续约情况等；（2）个人调查包括性别、年龄、婚姻状况、规培期间实际收入和取得相关证书的基本情况，目前工作岗位、职称、编制和实际年

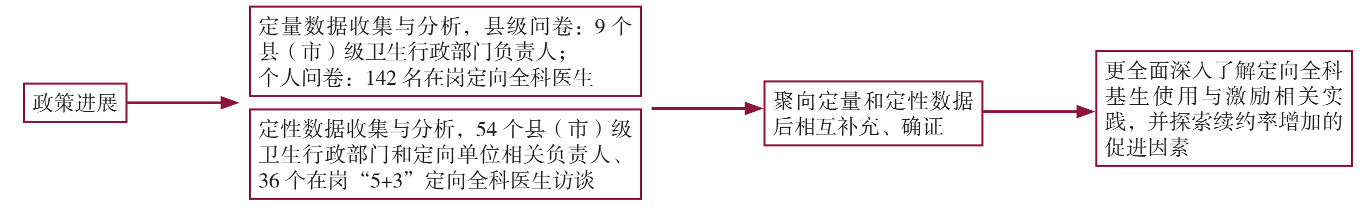



图 1　研究设计流程
**Figure 1**　The process of the design

收入等工作生活现状，年收入、执业环境、所学知识运用情况和职称晋升工作满意度以及服务期满后是否愿意续约及原因 4 部分，满意度条目采用 Likert 5 分法，从“很不满意 ~ 非常满意”，本调查将比较满意和非常满意作为满意率。共发放问卷 142 份个人问卷，回收有效问卷 142 份。

### 1.4　定性数据收集

由 2 名访谈人员（1 名为项目负责人，1 名为项目参与人员）依据半结构化访谈提纲，对 9 个调研县（市）的 54 个卫生行政部门和定向单位相关负责人、36 名在岗的“5+3”定向全科医生开展半结构式焦点小组访谈。访谈内容主要包括“5+3”定向全科医生履约管理过程中存在问题、工作生活现状、困难和“5+3”定向全科医生使用与激励相关政策优化建议。访谈均在获得被访谈者口头同意后进行录音，每场访谈约 10 名，180 min 左右。采用主题分析方法基于“5+3”定向全科医生工作情况、薪资待遇、编制职称、服务期满后的工作意愿及影响因素，独立编码所有文字资料，协商提取最终主题内容及表述。

### 1.5　指标解释

本文“履约”定义为农村订单定向医学生按要求进入定向单位正在履约或已经服务满 6 年（3 年规培计入履约），履约率（%）= 履约人数 / 培养人数 ×100%，其中进入定向单位前按合约本科毕业或完成规培，称为“工作前履约”，工作前履约率（%）= 进入定向单位工作前履约人数 / 培养人数 ×100%；进入定向单位工作后正在履约或服务期满称为“工作后履约”，工作后履约率（%）= 进入定向单位工作后履约人数 / 进入定向单位工作人数 ×100%。“续约”定义为“5+3”定向全科医生服务期满（国家规定 6 年）后仍留在定向单位工作，续约率（%）= 续约人数 / 服务期满人数 ×100%。

## 2　政策进展

### 2.1　国家层面政策

2.1.1　“5+3”全科医生进入定向单位前期（2010—2017 年）：为改善中西部农村地区基层卫生人才绝对数量不足和质量不高的情况，我国 2010 年开展农村订单定向医学生免费培养项目，后续出台了一系列相应政策，主要对招生录取和培养方面进行细化，定向单位使用与激励方面则为导向性政策[5]。2010 年，《关于印发开展农村订单定向医学生免费培养工作实施意见的通知》（发改社会〔2010〕1198 号），首次提出开展中西部农村订单定向医学生免费培养项目。2011 年，《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23 号）提出建立全科医生的激励机制，具体包括设立全科医生津贴和职业晋升倾斜等措施均惠及“5+3”定向全科医生。2015 年，《教育部等 6 部门关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见》（教高〔2015〕6 号），重点围绕农村订单定向医学生履约管理、职称晋升、业务培训和绩效工资分配政策突破创新等，具体内容见表 1。

2.1.2　“5+3”全科医生进入定向单位后（2018 年至今）：2018 年起，首批“5+3”定向全科医生正式进入定向单位工作，农村订单定向医学生使用与激励政策从制度走向实践，政策要求更加细致、具体；对履约、违约管理提出更明确的要求和更严格的惩戒措施，更聚焦于如何提高薪酬水平、保障编制、优化职业发展等具体方式提升岗位吸引力，逐步推动我国“5+3”定向全科医生使用与激励政策细化。2018 年，国务院办公厅出台《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》（国办发〔2018〕3 号），提出将全科医生与硕士研究生在职业发展、薪资待遇等方面同等对待。2019 年，《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》（国卫科教发〔2019〕56 号），围绕薪酬制度、履约、违约规定、聘用及编制保障和能力提升与职业发展 4 方面为进入定向单位的“5+3”定向全科医生提出了进一步完善的保障措施。除这两个重要文件外，后续颁布多份文件均持续加强“5+3”定向全科医生使用与激励机制政策，具体内容见表 2。

### 2.2　地方政策的完善和突破

除中西部 23 个省（直辖市、自治区）积极落实国家有关政策文件，山东省、浙江省、江苏省和广东省等省市也自主开展相关项目。为更好的用好、留住“5+3”定向全科医生，各地积极探索，在服务期限、履约和违约规定、聘用及编制保障和能力提升与职业发展方面不



**表 1** 2010—2017 年“5+3”定向全科医生使用与激励相关文件及政策进展

**Table 1** The related documents and policy progress of use and incentive for "5 + 3" targeted general practitioners during 2010-2017

| 年份（年） | 文件名称 | 主要内容 |
|---|---|---|
| 2010 | 《关于印发开展农村订单定向医学生免费培养工作实施意见的通知》（发改社会〔2010〕1198 号） | 毕业后到定向单位服务 6 年，服务期内可在一定范围内基层医疗卫生机构间流动，并为其提供必要工作生活条件和周转住房等。毕业后未履约应退还已接受的教育减免和补助并缴纳违约金，违约情况将计入个人诚信档案 |
| 2011 | 《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23 号） | 设立全科医生津贴、艰苦边远地区补贴和规范全科医生其他诊疗收费的方式，合理体现全科医生劳动价值，鼓励地方对在基层医疗卫生机构工作的全科医生在职称晋升方面予以政策倾斜 |
| 2015 | 《教育部等 6 部门关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见》（教高〔2015〕6 号） | 要求本科毕业后的农村订单定向医学生到必须参加 3 年规培并计入 6 年服务期，提出可在县域内流动、履约情况纳入医师诚信管理并记入人事档案、注册全科医师后可提前一年晋升中级职称，业务培训和绩效工资分配上予以适当倾斜，对服务满 6 年愿意续约的“5+3”定向全科医生绩效工资分配上予以适当倾斜等 |
| 2017 | 《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》（国办发〔2017〕63 号） | 提升基层全科医生职业吸引力。全面落实全科规培；严格履约管理，及时落实就业岗位和薪酬待遇，鼓励各地探索实行“县管乡用”（县医院聘用管理、乡镇卫生院使用）的用人管理制度；加快建立适应行业特点的人事薪酬制度；对规培合格后基层工作的医生予以职称倾斜，拓宽基层医务人员职业发展空间 |

**表 2** 2018—2023 年“5+3”定向全科医生使用与激励相关文件及政策进展

**Table 2** The related documents and policy progress of use and incentive mechanism for "5 + 3" targeted general practitioners

| 年份（年） | 文件名称 | 主要内容 |
|---|---|---|
| 2018 | 《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》（国办发〔2018〕3 号） | 完善薪酬制度、绩效分配，落实两个“允许”，提升全科医生工资水平使其与当地县区级综合医院同等条件临床医师工资水平相衔接、设置全科医生津贴等，以及全科医生与硕士研究生在职业发展、薪资待遇等方面同等对待措施。 |
| 2019 | 《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》（国卫科教发〔2019〕56 号） | 薪酬制度：设置艰苦边远地区津贴、乡镇工作补贴和全科医生津贴等；家庭医生签约服务费也可用于薪酬分配，并结合实际提供必要的工作生活条件和周转房。<br>履约、违约规定：农村订单定向医学生本科毕业后需履约 6 年（含 3 年规培）；违约诚信管理纳入卫生健康信用信息管理平台，严重违约者将通过“信用中国网站”向全国公示，实行失信联合惩戒并退还培养费及违约金等，建立信用信息恢复制度。<br>聘用及编制保障：县级相关部门按规定为农村订单定向医学生办理事业单位正式工作人员聘用手续，鼓励实行“县管乡用”。<br>能力提升和职业发展：参加规培取得规培合格证、参加医师资格考试取得执业医师资格证后可直接参加中级职称考试，通过后可直接聘任，职称晋升可与研究生同等对待。 |
| 2020 | 《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34 号） | 加快推进全科医生薪酬制度改革，拓展全科医生职业发展前景。 |
| 2021 | 《国家卫生健康委、人力资源社会保障部、财政部关于建立保护关心爱护医务人员长效机制的指导意见》（国卫人发〔2021〕13 号） | 落实基层医疗卫生机构绩效工资政策，鼓励设立全科医生津贴项目，并在绩效工资中单列。 |
| 2022 | 《“十四五”卫生健康人才发展规划》（国卫人发〔2022〕27 号） | 有编即补，加强县管乡用，落实基层医疗卫生机构绩效工资政策、艰苦边远地区津贴和乡镇工作补贴等。 |
| 2023 | 《关于印发深化医药卫生体制改革 2023 年下半年重点工作任务的通知》（国卫体改发〔2023〕23 号） | 保障全科医生与当地县区级公立医院同等条件临床医师工资水平相衔接。优化基层医疗卫生机构专业技术岗位结构，重点向全科医生倾斜。 |

断突破。

2.2.1 关于基层服务期限：国家政策规定“5+3”定向全科医生本科毕业后到定向单位服务 6 年（含 3 年规培）；浙江省自 2012 年起要求“5+3”定向全科医生基层从事医疗卫生服务期不得少于 5 年[8]，海南省 2024 年规定服务期 6 年（不含 3 年规培）[9]，青海省、西藏自治区要求农村订单定向医学生在本科毕业后需进入定向单位工作后申请规培，其中青海省 3 年规培不计入服务期[10]。

2.2.2 关于履约违约规定：国家政策将履约管理作为协议重要内容，各地均提出建立诚信档案，纳入征信管理，建立信用信息修复机制并收取违约金。除海南省要求“5+3”定向全科医生服务满 9 年修复信用记录[9]，其余各省提出 6 年服务期满即可修复。甘肃省提出 2020 年后违约金按培养费用总额 2 倍计算并一次性缴纳[11]。江西省、湖北省、广西壮族自治区、四川省和甘肃省陆续把履约管理纳入卫生健康信用信息管理等平台，作为行政事业单位、规培和研究生公开招录（招聘、录取）的重要依据，并加大违约金追缴力度[11-14]。

2.2.3 关于聘用及编制保障：内蒙古自治区、河南省、湖北省和甘肃省在相关部门同意后允许“5+3”定向全科医生在本省内跨县调整定向服务地点。湖北省 2022

年正式提出确保按约到岗“5+3”定向全科医生有编可用[12-13]，山西省、江西省、贵州省和宁夏省要求招收“5+3”定向全科医生必须在乡镇卫生院空编内安排[14]。

2.2.4 关于能力提升与职业发展：安徽省、山东省、广东省和四川省允许本科毕业经相关部门同意后，推迟服务期取得全日制硕士学历后再履约，山东省还提出有志从医并符合条件的学生符合本校转专业规定、经相关部门同意后可转为农村订单定向医学生培养[15-16]。甘肃省对规培后取得中级职称的“5+3”定向全科医生的基层高级专业技术岗位实行总量控制、比例单列、不占各地基层医疗卫生机构高级岗位比例[11]。

## 3 实施进展

### 3.1 农村订单定向医学生履约率及变化

2010—2015 年，9 个县（市）209“5+3”定向全科医生中 188 名履约，履约率为 90.0%；2010~2012 级，75 名“5+3”定向全科医生中 63 名履约，履约率为 84.0%；2013~2015 级，134 名“5+3”定向全科医生中 125 名履约，履约率为 93.3%。各被调查县市履约率见表 3。

**表 3** 调研地区“5+3”定向全科医生总体履约情况［名（%）］

**Table 3** Overall compliance of "5+3" targeted general practitioners

| 县（市） | 2010—2012 年 | | 2013—2015 年 | |
|---|---|---|---|---|
| | 培养人数（名） | 履约率 | 培养人数（名） | 履约率 |
| 山西省 A 市 | 8 | 7（87.5） | 11 | 10（90.9） |
| 安徽省 B 县 | 0 | 0 | 9 | 7（77.8） |
| 河南省 C 县 | 14 | 13（92.9） | 13 | 13（100.0） |
| 湖南省 D 市 | 14 | 10（71.4） | 16 | 14（87.5） |
| 广西壮族自治区 E 县 | 6 | 6（100.0） | 6 | 6（100.0） |
| 海南省 F 市 | 18 | 17（94.4） | 32 | 32（100.0） |
| 四川省 G 县 | 4 | 2（50.0） | 9 | 6（66.7） |
| 新疆维吾尔自治区 H 县 | 4 | 3（75.0） | 16 | 15（93.8） |
| 新疆维吾尔自治区 I 县 | 7 | 5（71.4） | 22 | 22（100.0） |
| 合计 | 75 | 63（84.0） | 134 | 125（93.3） |

注：履约率（%）= 履约人数 / 培养人数 ×100。

### 3.2 农村订单定向医学生工作前后履约率

2010~2015 级“5+3”定向全科医生工作前履约人数为 191 名，工作前履约率为 91.4%；工作后履约人数为 188 名，工作后履约率为 98.4%。工作前履约率较高的依次为广西壮族自治区 E 县（100.0%）、新疆维吾尔自治区 I 县（100.0%）和海南省 F 市（98.0%）；较低的依次为湖南省 D 市（80.0%）、安徽省 B 县（77.8%）和四川省 G 县（61.5%）。工作后履约率仅新疆维吾尔自治区 H 县（94.7%）和新疆维吾尔自治区 I 县（93.1%）未达 100.0%（表 4）。

**表 4** 调研地区“5+3”定向全科医生进入定向单位工作前后履约情况［名（%）］

**Table 4** The compliance of "5+3" targeted general practitioners before and after working in targeted institutions

| 县（市） | 2010–2015 级工作前履约情况 | | 2010–2015 级工作后履约情况 | |
|---|---|---|---|---|
| | 培养人数（名） | 工作前履约率 | 进入定向单位人数（名） | 工作后履约率 |
| 山西省 A 市 | 19 | 17（89.5） | 17 | 17（100.0） |
| 安徽省 B 县 | 9 | 7（77.8） | 7 | 7（100.0） |
| 河南省 C 县 | 27 | 26（96.3） | 26 | 26（100.0） |
| 湖南省 D 市 | 30 | 24（80.0） | 24 | 24（100.0） |
| 广西壮族自治区 E 县 | 12 | 12（100.0） | 12 | 12（100.0） |
| 海南省 F 市 | 50 | 49（98.0） | 49 | 49（100.0） |
| 四川省 G 县 | 13 | 8（61.5） | 8 | 8（100.0） |
| 新疆维吾尔自治区 H 县 | 20 | 19（95.0） | 19 | 18（94.7） |
| 新疆维吾尔自治区 I 县 | 29 | 29（100.0） | 29 | 27（93.1） |
| 合计 | 209 | 191（91.4） | 191 | 188（98.4） |

注：工作前履约率（%）= 工作前履约人数 / 培养人数 ×100；工作后履约率（%）= 工作后履约人数 / 进入定向单位人数 ×100。

### 3.3 “5+3”定向全科医生定向单位职业发展情况

个人问卷显示：142 名在岗“5+3”定向全科医生中，109 人（76.8%）已取得《住院医师规范化培训合格证书》和执业医师资格证，两证比例较高的依次为山西省 A 市（94.1%）、海南省 F 市（90.7%）和湖南省 D 市（90.0%）；52.1% 获得中级及以上职称资格，占比较高的依次为广西壮族自治区 E 县（100%）、四川省 G 县（85.7%）和安徽省 B 县（66.7%）；16.2% 担任院级或科室负责人，占比较高的分别为广西壮族自治区 E 县（66.7%）、新疆维吾尔自治区 I 县（39.1%）和四川省 G 县（28.6%），见表 5。“5+3”定向全科医生对当前职称晋升情况满意率为 40.2%，对本科及规培期间所学知识在工作岗位得到运用的满意率为 38.8%，对当前职业环境满意率为 35.9%。访谈结果也表明多数定向单位院长对“5+3”定向全科医生工作能力的认可度较高。多数“5+3”定向全科医生进一步解释了满意度较低主要原因为基层中高级职称名额较少、公共卫生和行政任务繁杂、专业技能进修机会少和基层用药等限制因素，使职称晋升困难、专业技能提升较慢。

### 3.4 “5+3”定向全科医生收入情况

个人问卷显示，29 名“5+3”定向全科医生对工资收入整体满意，满意率为 20.4%，规培期间年均税后工资为 5.4 万元左右，排在前三位的依次为新疆维吾尔自

**表 5** 调研地区“5+3”定向全科医生职业发展情况［名（%）］

**Table 5** The professional development of "5+3" targeted general practitioners after working in targeted institutions

| 县（市） | 问卷调查（名） | 落实编制情况 | 获得专业技术职称资格情况 | | | 定向单位任职情况 | | | 取得资格证书情况 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 中级及以上 | 初级 | 无 | 科室或院级负责人 | 其他行政职务 | 无行政职务 | 规培合格证 | 执业医师资格证 | 均取得 | 均未取得 |
| 山西省 A 市 | 17 | 16（94.1） | 9（52.9） | 8（47.1） | 0 | 0 | 3（17.6） | 14（82.4） | 1（5.9） | 0 | 16（94.1） | 0 |
| 安徽省 B 县 | 9 | 8（88.9） | 6（66.7） | 3（33.3） | 0 | 0 | 0 | 9（100.0） | 1（11.1） | 1（11.1） | 6（66.7） | 1（11.1） |
| 河南省 C 县 | 14 | 14（100.0） | 6（42.9） | 6（42.9） | 2（14.3） | 1（7.1） | 1（7.1） | 12（85.7） | 1（7.1） | 3（21.4） | 10（71.4） | 0 |
| 湖南省 D 市 | 10 | 10（100.0） | 6（60.0） | 3（30.0） | 1（10.0） | 1（10.0） | 1（10.0） | 8（80.0） | 0 | 1（10.0） | 9（90.0） | 0 |
| 广西壮族自治区 E 县 | 3 | 3（100.0） | 3（100.0） | 0 | 0 | 2（66.7） | 0 | 133.3） | 1（33.3） | 0 | 2（66.7） | 0 |
| 海南省 F 市 | 43 | 43（100.0） | 2455.8） | 19（44.2） | 0 | 8（18.6） | 9（20.9） | 26（60.5） | 4（9.3） | 0 | 39（90.7） | 0 |
| 四川省 G 县 | 7 | 7（100.0） | 6（85.7） | 1（14.3） | 0 | 2（28.6） | 0 | 571.4） | 1（14.3） | 0 | 5（71.4） | 1（14.3） |
| 新疆自治区 H 县 | 16 | 16（100.0） | 5（31.3） | 10（62.5） | 1（6.3） | 0（0.0） | 0 | 16（100.0） | 0 | 5（31.3） | 9（56.3） | 2（12.5） |
| 新疆自治区 I 县 | 23 | 23（100.0） | 9（39.1） | 13（56.5） | 1（4.3） | 9（39.1） | 1（4.3） | 13（56.5） | 4（17.4） | 4（17.4） | 13（56.5） | 2（8.7） |
| 合计 | 142 | 140（98.6） | 74（52.1） | 63（44.4） | 5（3.5） | 23（16.2） | 15（10.6） | 104（73.2） | 13（9.2） | 14（9.9） | 109（76.8） | 6（4.2） |

治区 H 县（6.7 万元）、海南省 F 市（6.4 万元）和安徽省 B 县（5.8 万元）；进入定向单位工作后年均税后工资为 5.7 万元左右，排在前三位的依次为湖南省 D 市（8.5 万元）、海南省 F 市（6.7 万元）和新疆维吾尔自治区 H 县（6.63 万元）；其中 4 个调研县（市）工作后年均税后工资低于规培期间，分别为安徽省 B 县（-0.8 万元）、河南省 C 县（-0.8 万元）、广西壮族自治区 E 县（-0.4 万元）和新疆维吾尔自治区 H 县（-0.1 万元）。与此相匹配的是，访谈中海南省 F 市、新疆维吾尔自治区 H 县和安徽省 B 县“5+3”定向全科医生对当前收入满意度较高。同时访谈发现，规培期间收入由国家补助、定向单位和规培机构共同支付致使高于基层工作期间收入；定向单位均提供宿舍，但部分宿舍老旧；部分定向全科医生表示基层工作量大，与工资收入不匹配。

### 3.5 “5+3”定向全科医生续约情况与续约意愿

县级调查显示，8 个县（市）2010—2012 年培养 75 名，服务期满 63 名，续约 39 名，续约率为 61.9%（安徽 B 县 2014 年开始招生培养无服务期满定向全科医生），山西省 A 市、四川省 G 县和新疆维吾尔自治区 H 县续约率均达 100.0%，续约率排在后三位依次为湖南省 D 市（60.0%）、河南省 C 县（38.5%）和广西壮族自治区 E 县（0.0%）（表 6）。个人问卷显示：14.1% 的愿意续约，50.7% 的服务期满后工作计划尚不确定，24.6% 的想去县级及以上医疗机构工作，10.6% 的计划考研或考公。不愿意续约排在前三位的原因依次为工资收入低、职业发展受限和离家远。与定量结果基本一致，访谈发现续约“5+3”定向全科医生表示职称晋升顺利、入编顺利以及对当前收入与工作量相匹配是其续约的主要原因。并进一步揭示了多数“5+3”定向全科医生计划离职去向为伴侣或家庭所在地，多数不确定的“5+3”定向全科医生表示将根据未来收入、职称晋升等情况决定是否续约。

## 4 讨论

### 4.1 “5+3”定向全科医生履约率逐年增加，但部分地区履约率偏低

被调查 9 个县（市）“5+3”定向全科医生履约率为 90.0%，履约率逐年上升，进入定向单位工作后履约率比工作前提高了 7 个百分点，这与多数研究结果一致[17]。部分县市（四川省 G 县、安徽省 B 县和湖南省 D 市）履约率较低，访谈表明主要原因为各省履约管理规范不同，如四川省 G 县“5+3”定向全科医生和相关管理负责人表示在 2018 年前违约仅需归还培养费，甚至存在联系不上违约者而无法追回相应培养经费情况。广西壮族自治区 E 县设立“诚信黑名单”并禁止违约定向全科医生省内注册医师资格证书是履约率 100% 的重要原因。此外，许多医院招聘或学校招考研究生时仅查看毕业证、执业医师资格证等，诚信档案效力不足，也是工作前履约率较低的原因。而国外则成立专门部门对学生培养、履约和续约进行了严格监督和跟踪评价[18]。

### 4.2 “5+3”定向全科医生续约率向好，但实际续约率和续约意愿不高

本研究续约率达到 61.9%，高于我国其他研究[19]，这与调研县（市）多为国家基层卫生健康综合试验区，在全面落实编制、落实本土化培养、能力提升等方面创新突破有关。美国约 70.3% 的乡村医生在农村持续工作 20~25 年[20]，日本约 69.8% 的乡村医生履约 6 年期满后续约[21]，与国际相比续约率仍有差距。此外，调研县（市）续约率差距较大（0~100.0%），续约意愿更低（14.1%），有超过半数尚不确定续约意愿。随着我国县级及以上对“5+3”定向全科医生需求量饱和就业形势的严峻，我国续约率将持续向好[22]。从个人方面来看，

表 6 调研地区实际续约情况和在岗“5+3”定向全科医生服务期满后工作意愿［名（%）］

Table 6 The actual contract renewal situation and the working willingness of "5+3" targeted general practitioners after the contract period in targeted institutions

| 县（市） | 实际续约情况 | | | | 服务期满后工作意愿 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 服务期满人数(人) | 续约率 | 问卷调查人数(人) | 续约人数 | 县级及以上医院工作 | 考研或考公 | 不确定 |
| 山西 A 市 | 7 | 7（100.0） | 20 | 2（10.0） | 4（20.0） | 2（10.0） | 12（60.0） |
| 安徽 B 县 | 0 | — | 9 | 1（11.1） | 0 | 0 | 8（88.9） |
| 河南 C 县 | 13 | 5（38.5） | 11 | 1（9.1） | 4（36.4） | 1（9.1） | 5（45.5） |
| 湖南 D 市 | 10 | 6（60.0） | 10 | 0 | 2（20.0） | 0 | 8（80.0） |
| 广西 E 县 | 6 | 0 | 3 | 0 | 1（33.3） | 0 | 2（66.7） |
| 海南 F 市 | 17 | 12（70.6） | 43 | 12（27.9） | 5（11.6） | 3（7.0） | 23（53.5） |
| 四川 G 县 | 2 | 2（100.0） | 7 | 0 | 2（28.6） | 0 | 5（71.4） |
| 新疆 H 县 | 3 | 3（100.0） | 16 | 1（6.3） | 8（50.0） | 5（31.3） | 2（12.5） |
| 新疆 I 县 | 5 | 4（80.0） | 23 | 3（13.0） | 9（39.1） | 4（17.4） | 7（30.4） |
| 合计 | 63 | 39（61.9） | 142 | 20（14.1） | 35（24.6） | 15（10.6） | 72（50.7） |

注：续约率（%）= 续约人数 / 服务期满人数即 2010~2012 级履约人数 ×100。

工资收入低、职业发展受限是不续约主要原因，有研究显示职业认同带来的内在激励也是影响续约的重要因素[23]。本研究表明随着其年龄增长和家庭建立，照顾老人、夫妻分居和子女教育也是限制续约的难题，而当前服务期满后续约待遇等相关政策尚不明确[17，23]。

**4.3 存在薪酬、职称和履约管理激励保障政策落实不到位情况**

“5+3”定向全科医生须经 5 年本科和 3 年规培合计 8 年后方能在定向单位正式上岗，实际工作时间仅 3 年，定向县（市）和定向单位在编制有限和经济运行紧张的条件下，将编制主要用于“5+3”定向全科医生，空编待岗时间长，并在规培期间为其发放基本工资和社会保险，导致缺少编制和资金招收其他专业人才，致使不同县（市）“5+3”定向全科医生对绩效工资政策执行情况差距较大，部分定向单位财政紧张致使工作后部分补贴、津贴等尚未兑现。4 个县（市）“5+3”定向全科医生工作后年均税后工资低于规培期间工资，最高相差 0.9 万元，出现工资收入“倒挂”现象，不能满足工作后“成家立业”需求，是离职意愿高的主要原因，与多数研究一致[19，22]。而国外根据医生职业特点，通过增加收入、拓宽职业发展前景等多种措施达到吸引医师扎根农村的效果。如英国政府加大投资，改善基层医疗卫生机构相关基础设施、增加农村全科医生收入、为农村全科医生提供医药或护理助理新职位[24-25]；美国和澳大利亚政府则制定专项奖助学金，其中美国对到乡村地区工作三年（或兼职六年）的学生将获得总额高达 12 万美元的补助金，继续工作则持续获得[26-27]。

## 5 政策建议

**5.1 统筹安排“5+3”定向全科医生培养，加强履约管理**

一是建立与定向单位的联合培养模式。国外相关项目[20-21，28-30]均强调培养阶段实行“双导师”制，配备在农村执医的家庭医生为导师，培养与规培期间安排大量基层临床见习、轮转。我国在培养阶段也应更突出全科医学教育和基层实践，从行为和思想观念上引导农村订单定向医学生尽早适应定向单位的工作环境和服务模式，定向单位要关注培养定向全科医生全过程，参与其培养环节，如配备定向单位优秀临床医生作为导师，或利用假期提前进入定向单位实习等方式增加“5+3”定向全科医生与定向单位粘度。二是各级卫生行政部门应重视农村订单定向医学生培养，从政策上支持基层医疗卫生机构根据其发展规划上报实际需求，加大政策宣传并密切关注政策实施。三是强化违约惩戒力度，督促县级相关部门切实做好违约管理，增加社会各级对诚信力度审核，建立全国医师征信体系，提高履约率。

**5.2 完善并落实薪资待遇、职称晋升等激励政策**

一是加大财政投入，建立专项基金，保障财政困难地区“5+3”定向全科医生应有薪资待遇；二是通过“编制池”动态调整县域内编制总量及各岗位占比，提升乡镇卫生院编制使用效率，切实保障“5+3”定向全科医生及时入编；三是为基层全科医生开通独立晋升序列，根据基层卫生机构全科医生人员配置数量，合理设定高、中、初级职称人员比例，不受岗位结构比例限制等方式，确保符合要求的“5+3”定向全科医生中级职称考试通过后直接聘任，增加职业发展吸引力。

**5.3 增加服务年限，及时制定服务期满后人才流动和续约方案**

一是增加基层工作服务期，将规培 3 年纳入服务期可将服务期增至 9 年。二是对于异地服务的“5+3”定

向全科医生，两地卫生行政部门之间可建立异地生源调配机制，通过交换招生名额等方式使其能够调动到家乡或配偶所在地服务，子女入学优待等，实现家庭和工作的和谐发展。三是充分发挥紧密型县域医共体作用，建立人才双向流动的通道，服务期满表现优秀的“5+3”定向全科医生直接进入县级医院工作，既可以在县域内充分发挥其医学才能，后续又可以通过基层医疗卫生机构负责人或科室主任等职务再次下派到基层。

**5.4　局限性**

一是立意抽样有偏倚。进行立意抽样以 12 个国家基层卫生健康综合试验区和相关课题支持下的县（市）确定了 9 个调研县（市），由于调研县市均是国家或省级基层卫生综合改革先锋地区，结果显示“5+3”定向全科医生编制和薪酬政策落实较好，好于全国水平。二是研究样本偏小。本次调研 9 个县市和培养“5+3”全科医生 209 名，相对与开展该项目 23 个省（直辖市、自治区）和近 4 万余名“5+3”定向全科医生来说调查样本量相对偏小。

采取弥补一定的不足措施：一是国家基层卫生综合试验区确定时也兼顾不同经济发展水平和不同地域，有一定代表性，本文利用大量文献佐证和印证，弥补一定的不足。二是本次调研的 9 个县市在岗“5+3”定向全科医生共 164 人，经过课题组努力参与问卷意愿调查有 142 人，占 86.6%，能够反映调研县（市）的实际情况。

## 6　小结

从政策进展来看,我国及地方政府对工作后的“5+3”定向全科医生使用与激励政策以实际问题为导向，聚焦于细化提高薪酬水平、聘用与编制、职业发展和履约管理等制度，以期提高职业吸引力；从现场调研来看，目前我国“5+3”定向全科医生履约率较高但续约率和续约意愿不高，存在薪酬、职称和履约管理激励保障政策落实不到位进而影响续约的现象，应从基层实际出发，促进薪酬、职称晋升等相关激励政策全面落实，研究制订服务期满后续约方案。

作者贡献：敖文华、秦江梅负责文章构思与撰写；林春梅、敖文华和秦江梅负责课题设计和现场调查，包括深度访谈和数据收集等；张艳春、张丽芳参与部分调查工作并对文章进行修改；李思思参与政策文件整理和数据分析。

本文无利益冲突。

## 参考文献

[1] 乔雪，尹永田，罗文君，等. 基于扎根理论的农村订单定向医学生职业认同的影响因素分析：一项质性研究［J］. 中国全科医学，2024，27（22）：2752–2758，2765.DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2023.0344.

[2] 中华人民共和国教育部政府门户网站 . 教育部：为中西部 22 个省份 3 万个乡镇卫生院培养了 7 万余名定向医学生［EB/OL］.（2021–12–27）［2024–02–18］. http://www.moe.gov.cn：8088/fbh/live/2021/53921/mtbd/202112/t20211227_590539.html.

[3] 关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见［DB/OL］.（2013–12–31）［2024–05–27］. https://www.gov.cn/gzdt/2014–01/17/content_2569096.htm.

[4] 对十四届全国人大一次会议第 4360 号建议的答复［DB/OL］.（2023–09–12）［2024–05–27］. https://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/202310/36e5285c35fa4070b216732045c5db69.shtml.

[5] 刘晓云，贾宗林，刘民，等 . 农村订单定向医学生免费培养政策的设计、实施及未来走向分析［J］. 中国全科医学，2022，25（22）：2691–2697. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2022.0399.

[6] 申颖，黄星，于佳，等 . 农村订单定向医学毕业生在乡镇卫生院工作现状、长期工作意愿及其影响因素的质性研究［J］. 中国全科医学，2021，24（31）：3995–4002. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2021.00.280.

[7] 褚红玲，刘逸舒，汪洋，等 . 全科医学研究中混合方法研究的设计和实施要点及案例解析［J］. 中国全科医学，2023，26（1）：118–125. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2022.0596.

[8] 浙江省卫生健康委员会 . 浙江省卫生健康委员会办公室等关于开展 2022 年基层卫生人才定向培养工作的通知［EB/OL］.（2022–06–02）［2024–04–18］. https://wsjkw.zj.gov.cn/art/2022/6/15/art_1229560650_2407957.html.

[9] 海南省卫生健康委员会 . 海南省卫生健康委员会等五部门关于印发《海南省进一步加强农村订单定向医学生免费培养工作的实施意见》的通知［EB/OL］.（2023–10–26）［2024–02–18］. https://wst.hainan.gov.cn/swjw/ywdt/tzgg/202401/P020240103601589086965.pdf.

[10] 张众，张超，黄明玉，等 . 农村订单定向医学生就业与规培：两年跟踪分析［J］. 中国卫生政策研究，2018，11（9）：34–39. DOI：10.3969/j.issn.1674–2982.2018.09.006.

[11] 甘肃省卫生健康委员会 . 甘肃省政府办公厅转发省卫健委等部门《关于进一步加强农村订单定向医学生免费培养就业安置和履约管理工作的实施意见》的通知［EB/OL］.（2020–07–31）［2024–05–20］. https://wsjk.gansu.gov.cn/wsjk/c113836/202007/a15c0de2490045d0a5319299cbd46089.shtml.

[12] 湖北省卫生健康委员会 . 已经毕业农村订单定向免费医学生编制问题［EB/OL］.（2021–07–06）［2024–05–20］. https://wjw.hubei.gov.cn/hdjl/lxgs/202108/t20210805_3680639.shtml.

[13] 湖北省卫生健康委员会 . 关于加强湖北省农村订单定向免费医学生履约过程管理的通知［EB/OL］.（2021–05–24）［2024–5–20］. https://wjw.hubei.gov.cn/bmdt/ywdt/kjjy/202105/t20210524_3550482.shtml.

[14] 刘鸿宇，孙玉凤，苏源，等 . 农村订单定向免费医学教育政策实施问题及建议［J］. 中国卫生事业管理，2015，32（1）：54–56.

[15] 广东省卫生健康委员会 . 广东省卫生健康委员会等部门联合印发《关于进一步做好订单定向医学毕业生就业及使用管理工作的通知》［EB/OL］.（2020–05–21）［2024–05–20］.https://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2997/post_2997869.html#2532.

[16] 山东省人民政府 . 山东省卫生健康委员会等部门关于印发《山

东省医学生公费教育实施办法》的通知［EB/OL］.（2021-10-14）［2024-05-20］. https://www.shandong.gov.cn/art/2021/10/14/art_100623_39304.html.

［17］孔燕，左延莉，刘江华，等. 我国订单定向医学生履约、留任意愿率的 Meta 分析［J］. 中国全科医学，2024，27（28）：3485-3494.DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0789.

［18］张超，陈楚康，张众，等. 农村地区培养卫生人才的国际经验与启示［J］. 中国卫生政策研究，2018，11（1）：67-75. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2018.01.011.

［19］汤皓晴，郑汇娴，张柏松，等. 订单定向医学生的职业发展：基于四所医学院校的七年跟踪分析［J］. 中国卫生政策研究，2024，17（1）：43-50. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2024.01.006.

［20］ZINK T，CENTER B，FINSTAD D，et al. Efforts to graduate more primary care physicians and physicians who will practice in rural areas：examining outcomes from the university of Minnesota-Duluth and the rural physician associate program［J］. Acad Med，2010，85（4）：599-604. DOI：10.1097/ACM.0b013e3181d2b537.

［21］MATSUMOTO M，INOUE K，KAJII E. Policy implications of a financial incentive programme to retain a physician workforce in underserved Japanese rural areas［J］. Soc Sci Med，2010，71（4）：667-671. DOI：10.1016/j.socscimed.2010.05.006.

［22］张鑫，赵越，黄立创，等. 广西三地首届服务期满农村订单定向医学生工作及影响因素研究［J］. 中国卫生政策研究，2022，15（7）：74-80.DOI：10.3969/j. issn.1674-2982.2022.07.010.

［23］王寅生，余昌胤，肖雪，等. 农村订单定向医学毕业生基层服务困境及对策建议的质性研究［J］. 中国全科医学，2022，25（16）：2021-2027.DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0148.

［24］NHS England. Building the workforce：the new deal for general practice. Second -ary Building the workforce：the new deal for general practice 2015［EB/OL］.（2015-01-26）［2024-05-20］. https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/building-the-workforce-new-deal-gp.pdf.

［25］VERMA P，FORD J A，STUART A，et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors［J］. BMC Health Serv Res，2016，16（1）：126. DOI：10.1186/s12913-016-1370-1.

［26］周海燕. 美国乡村医学教育计划的实践特点与分析［J］. 中国高等医学教育，2012（3）：127-128. DOI：10.3969/j.issn.1002-1701.2012.03.060.

［27］罗汝珍. 发达国家农村医生培养概况及其对我国的启示［J］. 医学与哲学（A），2015，36（4）：71-74.

［28］CAMPBELL D G，MCGRAIL M R，O'SULLIVAN B，et al. Outcomes of a 1-year longitudinal integrated medical clerkship in small rural Victorian communities［J］. Rural Remote Health，2019，19（2）：4987. DOI：10.22605/RRH4987.

［29］WOOLLEY T，SEN GUPTA T，BELLEI M. Predictors of remote practice location in the first seven cohorts of James Cook University MBBS graduates［J］. Rural Remote Health，2017，17（1）：3992. DOI：10.22605/rrh3992.

［30］TECHAKEHAKIJ W，ARORA R. Rural retention of new medical graduates from the collaborative project to increase production of rural doctors（CPIRD）：a 12-year retrospective study［J］. Health Policy Plan，2017，32（6）：809-815. DOI：10.1093/heapol/czx026.

（收稿日期：2024-07-15；修回日期：2024-12-10）
（本文编辑：崔莎）